

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

Número de caso del Condado:

Nombre del caso:		Nombre del trabajador de la agencia: Número de teléfono y correo electrónico:	
		Nombre del supervisor de la agencia: Número de teléfono y correo electrónico:	

I. Datos demográficos familiares	Nombre:	Nació (fecha):	Edad:	Fecha de custodia/ ^{1a} colocación fuera de casa:
Niño/Joven:				

Madre de:		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Abogado de madre		Teléfono:	Correo electrónico:	
Madre de:		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Abogado de madre		Teléfono:	Correo electrónico:	
Padre de:		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Abogado de Padre		Teléfono:	Correo electrónico:	
Padre de:		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Abogado de Father		Teléfono:	Correo electrónico:	
Padre de:		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Abogado de Padre		Teléfono:	Correo electrónico:	
Otro cuidador		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Otro cuidador		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Guardián ad litem		Teléfono:	Correo electrónico:	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

II. (b) *Objetivos y actividades para abordar las necesidades o barreras identificadas* (completar 1 página para cada necesidad o barrera identificada)

Para lograr el plan primario el plan secundario Si el plan es la reunificación, identifique a los padres:

1. <input type="checkbox"/> Necesidad (Evaluación de fortalezas y necesidades cuando el objetivo es la reunificación): <input type="checkbox"/> Barrera:
2. Describa los comportamientos preocupantes o Estado de Barrera:
3. Objetivo/Resultado deseado:

Actividades (para padres/familiares)	Quién es el responsable	Fecha objetivo	Notas de progreso de la actividad
Actividades (para la agencia de bienestar infantil)	Quién es el responsable	Fecha objetivo	Notas de progreso de la actividad

Avances hacia el logro del objetivo/resultado deseado

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

II. (b) *Objetivos y actividades para abordar las necesidades o barreras identificadas* (completar 1 página para cada necesidad o barrera identificada)

Para lograr el plan primario el plan secundario Si el plan es la reunificación, identifique a los padres:

1. <input type="checkbox"/> Necesidad (Evaluación de fortalezas y necesidades cuando el objetivo es la reunificación): <input type="checkbox"/> Barrera:
2. Describir los comportamientos que son preocupantes o Estado de Barrera:
3. Objetivo/Resultado deseado:

Actividades (para padres/familiares)	Quién es el responsable	Fecha objetivo	Notas de progreso de la actividad
Actividades (para la agencia de bienestar infantil)	Quién es el responsable	Fecha objetivo	Notas de progreso de la actividad

Avances hacia el logro del objetivo/resultados deseado

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

II. (c) *Objetivos y actividades para abordar las necesidades o barreras identificadas* (completar 1 página para cada necesidad o barrera identificada)

Para lograr el plan primario el plan secundario Si el plan es la reunificación, identifique a los padres:

1. <input type="checkbox"/> Necesidad (Evaluación de fortalezas y necesidades cuando el objetivo es la reunificación): <input type="checkbox"/> Barrera:
2. Describir los comportamientos que son preocupantes o Estado de Barrera:
3. Objetivo/Resultado deseado:

Actividades (para padres/familiares)	Quién es el responsable	Fecha objetivo	Notas de progreso de la actividad
Actividades (para la agencia de bienestar infantil)	Quién es el responsable	Fecha objetivo	Notas de progreso de la actividad

Avances hacia el logro del objetivo/resultados deseado

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

Yo. (d) *Objetivos y actividades para abordar las necesidades o barreras identificadas* (completar 1 página para cada necesidad o barrera identificada)

Para lograr el plan primario o el plan secundario Si el plan es la reunificación, identifique a los **padres:**

2. <input type="checkbox"/> Necesidad (Evaluación de fortalezas y necesidades cuando el objetivo es la reunificación): <input type="checkbox"/> Barrera:
2. Describir los comportamientos que son de interés o Estado de Barrera:
3. Objetivo/Resultado deseado:

Actividades (para padres/familiares)	Quién es el responsable	Fecha objetivo	Notas de progreso de la actividad
Actividades (para la agencia de bienestar infantil)	Quién es el responsable	Fecha objetivo	Notas de progreso de la actividad

Avances hacia el logro del objetivo/resultado deseado

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Parcialmente logrado	
<input type="checkbox"/> No logrado	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

III. Necesidades de Bienestar de los Padres /Necesidades Adicionales. Marque N/A si los derechos parentales han sido terminados N/A
¿Están incorporadas las necesidades de bienestar de los padres en los objetivos y actividades del Acuerdo de Servicios anterior? Sí No
Si no es así, ¿cómo se están abordando estas necesidades?

IV. Corte

¿Están incorporadas las órdenes de la Corte a los Objetivos y Actividades del Acuerdo de Servicios arriba mencionado? Sí No
Si no es así, explique:

Fecha de la próxima revisión de la Corte:

Fecha de la última revisión de la Corte:

Recomendaciones con respecto a los padres/cuidadores o barreras para la próxima audiencia judicial:

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

V. Firmas. Al firmar a continuación, entiendo que la información obtenida durante esta reunión será **confidencial** y no será revelada. Las estrictas normas de confidencialidad son necesarias para la protección del niño o niños. La información se compartirá únicamente con el propósito de proporcionar servicios al niño/jóvenes y a la familia, y de acuerdo con el Estatuto General de Carolina del Norte y la Parte V, Ley de Privacidad de 1974. Cualquier información sobre abuso o negligencia infantil que no sea conocida por la agencia de bienestar infantil está sujeta a las leyes de abuso y negligencia infantil. Cualquier divulgación sobre la intención de dañarse a sí mismo o a otras personas debe ser reportada a las autoridades apropiadas para garantizar la seguridad de todos los involucrados. Mi firma indica que participé en esta reunión.

Rol	Firma & Comentarios	Fecha	Participó en:	Copia recibida
Padre			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Padre			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Niño/Joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Niño/Joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Niño/Joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Niño/Joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Trabajador de agencia			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Supervisor de agencia			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Guardián ad litem			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Proveedor de colocación			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Proveedor de colocación			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Representante tribal			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Otro Relación/Teléfono/Correo electrónico			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Otro Relación/Teléfono/Correo electrónico			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA EN CAROLINA DEL NORTE

Otros invitados pero incapaces de asistir	
---	--